

Y6-18

退院支援における看護師ならではの役割～開院から6年半の報告～

横浜市立みなと赤十字病院 医療社会事業課

佐伯 沙羅、嶋原 貞子、阿部由起子、

吉澤 香苗、持松 泰彦

【目的】退院支援部門における看護師の役割は確立されたものではなく、病院によって異なる現状がある。横浜市中心部は急性期の後方病床数が全国最低レベルであり、当院はこの地域に急性期病院として開院して7年目、退院支援や介護との連携が大きな課題となっている。断らない救急を支える部門として、試行錯誤の中で学んできたことを分析・報告し、看護師ならではの役割について考察する。

【方法】当院の地域医療連携室の相談部門では、6名のSWと専任事務1名と共に、ケアマネージャーや訪問看護の経験を有する看護師4名が在宅療養支援を担っている。入院患者の2割程度が退院支援の必要な高齢者で、その半数以上が在宅療養である。患者家族に対する具体的な介護方法の説明や療養体制のコーディネート看護師ならではの視点で行っている。また急性期病院では医師や病棟看護師も若手が多いことから、在宅で可能な医療についての講演会を企画したり、在宅指導用のパンフレットを電子カルテ上にマニュアル化したり、各病棟と毎週退院調整カンファレンスを行うなどに取り組んだ。さらに地域の訪問看護師やケアマネ向けのセミナーの開催などを行ってきた。最近、地域の急性期病院の退院支援看護師の交流会も立ち上げた。

【結論】退院支援を担当して、高齢者に対しては治す医療だけでなく医療の選択を支援したり、介護や療養スタイルをコーディネートすることが、急性期病院に求められているのではないかと考えた。在宅経験を有する看護師が退院支援を担うことの利点は、迅速できめ細かい在宅支援をすることが出来る、また、医療現場と介護現場の互いの立場を理解して、双方に働きかけることができる事である。

Y6-19

医療相談課における退院支援の取り組み

深谷赤十字病院 医療相談課¹⁾、深谷赤十字病院 地域医療連携課²⁾三浦喜代美¹⁾、小暮三千代¹⁾、反町かおり¹⁾、木村 修²⁾

【はじめに】平成23年4月、当院の重要施策に「後方（退院転院）支援連携の強化」がしめされ、医療社会事業部内に医療相談課が新たに設置された。医療相談課では「顔の見える連携」を目指し地域の医療機関や老人保健施設等と円滑な連携を進めている。また、看護部療養支援委員会を発足させ病棟のリンクナースを中心に医療相談課の退院調整専従看護師と協働し入院直後から退院に向けての支援や調整を行うシステムの構築を目指している。

【取り組み】1. 業務フロー（流れ図）を周知し、入院直後から退院に向けての進行状況や患者の経過予測をもとに支援方法が明確になった。2. 看護部療養支援委員会を通してリンクナースが配置されたことにより、患者家族間と医療者側の要となり看護実践力の向上に役立っている。3. 院内連携：医療社会事業部内連携強化4. 院外への活動は後方連携を強化のためシステムの構築を目指し、医療機関や施設等への訪問を経て問題の洗出し、情報共有を行い「顔の見える交流」造りの活動中である。

【まとめ】今回、退院支援システムを構築して行くことは療養生活の支援を通して生まれるものと考え。そこで、後方連携を進めて行く上で院内連携が重要となる。部署を越えて多職種連携を計り、情報共有することで、継続的な質の高い医療を提供できると考えている。課題は医療社会事業部内での医療相談課の相談員としての役割である。部署を越えて各部署を繋ぎ合わせ、後方連携を強化するためには退院支援システムを構築し、患者一人一人に合わせて支援の輪を回転させて医療の継続を定着できるよう努力して行きたい。